



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 22/6/19

Date: 22/6/2019

File Number: 1002378

Patient Name: Enas Intisar

اسم المريض:

Date Of Birth: 6/11/1973

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

M

F

Gender: (الجنس): M

Nationality: (الجنسية):

عائلة عربية

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0508969616

E-MAIL: enasamedawi.charity@gmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟
Allergies	هل لديك أي حساسية؟
Surgical Operations, Serious illness	هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟
Anemia, Leukemia	انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟
Epilepsy, or any other neurological disease	هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟
Thyroid Diseases, Diabetes	هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟
Other conditions	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟
HSV, HIV...etc	فيروس الأبتير، فيروس الحلا البسيط etc



Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الاثمل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الالم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي ففسي الملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/ /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

Name	Inas, Intisar, Qasim, Al-Faddawe	IDN:	784197381095872	Mother Name:	
Name (Ar)	ايناس انتصار قاسم الفداوي	Card Number:	092887603	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	IRQ العراق	Family ID:	
Issue Date:	30/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	26/01/2021	Date of Birth:	06/11/1973	Sponsor Name:	سباق للاعمال الكوروميديكية ش.ذ.م.م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192071971	Residency Expiry:	26/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

6/22/2019

ID 230619-2

Height 179cm

Age 45

Gender Female

Test Date & Time 28.06.2019. 17:09

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	38.8 (35.1~42.9)
For building muscles	Protein (kg)	10.3 (9.4~11.4)
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.14 (3.25~3.97)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	44.9 (13.8~22.0)
Sum of the above	Weight (kg)	98.1 (58.6~79.2)

InBody Score

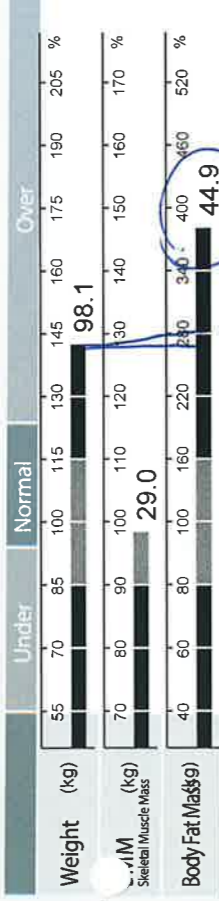
51 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 69.1 kg
 Weight Control -29.0 kg
 Fat Control -29.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.00

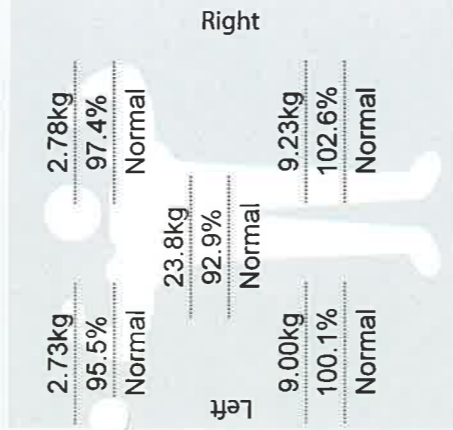
Visceral Fat Level

Level 20 (Low 10 High)

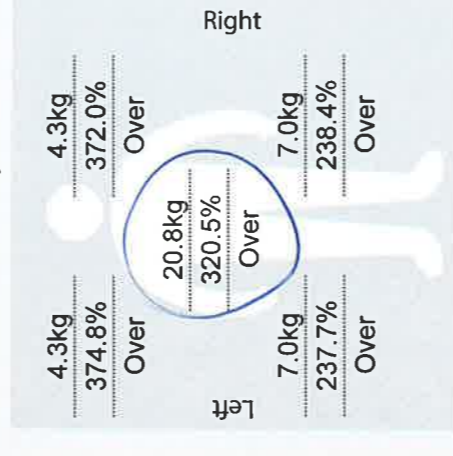
Research Parameters

Fat Free Mass 53.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1520 kcal (1838~2165)
 Obesity Degree 142 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2027 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	98.1
SMM (kg)	29.0
PBF (%)	45.7

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 REFZ | 415.2 425.6 24.1 258.4 271.9
 100 REFZ | 383.9 394.2 22.7 235.7 246.9

Lean Mass % Evaluation

Fat Mass % Evaluation

* Segmental fat is estimated

Low 10 High

Calorie Expenditure of Exercise
 Golf 173 Gateball 186
 Walking 196 Yoga 196
 Badminton 222 Table Tennis 222
 Tennis 294 Bicycling 294
 Boxing 294 Basketball 294
 Mountain Climbing 320 Jumping Rope 343
 Aerobics 343 Jogging 343
 Soccer 343 Swimming 343
 Japanese Fencing 491 Racketball 491
 Squash 491 Taekwondo 491

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.

